

A kezelés labirintusa

KASSAI-FARKAS ÁKOS

A drogkérdés Magyarországon egy nagyon kínosan kezelt téma. Az általános társadalmi közérzetzavar, az értékrendfelbomlás folyamata súlyos, társadalmi mértékű gondokat eredményez. A kimagasló halálozási arány, az öngyilkosság, az alkoholizmus, a neurózisok, a válások magas száma jelzik a pszichológiai kulturálatlanságot, a rugalmatlan problémamegoldó sémáinkat. Hiányzik egy mentalhigiénés szervezetrendszer, melynek feladata lehetne a lelki egészség megtartása. A rendszerváltás előtt már a hetvenes évektől jelentek meg a drogveszéllyel kapcsolatos írások, elsősorban Gusztos, Farkasinszky, Kisszékelyi, Kolozsi, Buda, Rácz, Gerevich tollából. Ám annak ellenére, hogy számtalan jelzés mutatott rá időben a veszélyre, érdemben nem sok történt a megelőzés szempontjából. Az évek során természetesen változott a jogi szabályozás, csatlakoztunk a nemzetközi egyezményekhez (1979.év.25.tvr.), így a jogi elítélés mellett a narkósokat betegnek is kezdték tekinteni. A lehetőségek és elvek megfelelő egészségügyi, mentalhigiénés feltételek nélkül semmit sem érnek.

Szókratész azt ajánlja, hogy mindig határozzuk meg, hogy miről beszélünk. A fogalmak zavara a fejekben lévő zavarra utalhat. A WHO évtizedek óta javasolja, hogy a *drogfüggőség (dependencia)* kifejezést használjuk a *szenvedély (addikció)* és a *hozzászokás (habituáció)* helyett. Dependencia lehet drog, szubsztancia vagy pszichoaktív anyag következménye. Ebben az összefüggésben a dependencián a pszichés és szomatikus függőséget, a szociális, jogi, valamint egzisztenciális következményeket értjük.

A veszélyeztetett csoportok ismerete szociológiai, demográfiai és pszichológiai szempontból fontos.

Az idehaza 1974 óta végzett vizsgálatok folyamatosan emelkedő adatokat mutatnak. Tudni kell, hogy:

1. a gyógyszerfüggőség rosszindulatú és kedvezőtlen prognózisú szenvedélybetegség;
2. az alkohol- és gyógyszer túlfogyasztás együtt sokkal súlyosabb, mint az alkoholizmus önmagában;
3. a gyógyszerfüggőségnek sok következményes betegsége halálos szövődményű.

Ebben az írásban nem feladatom, hogy a drogprobléma valamennyi vonatkozására kitérjek. De ahhoz, hogy a kezelés-gyógyítás aspektusait ismertethessem, el kell helyezni a gyógyítást a drogkérdés egészében.

A drogkérdés kapcsán beszélni kell általában a drogokról, a drogozásról mint jelenségről, a kezelés szempontjából megelőzésről, a konkrét gyógyítás mibenlétéről – valóban ez adja mostani dolgozatunk témáját is –, az utógondozásról mint szociális megközelítésről, valamint a társadalmi attitűdről.

Természetesen, hogy a gyógyításról beszélni lehessen, a megértés, a követhetőség miatt, a többi szempont egy-egy elemére is ki kell térni.

A drogokról, a drogok mibenlétéről a közvélemény általában nem rendelkezik tárgyilagos ismerettel. A kérdést különböző hiedelmek, vélelmek teszik nehezen megközelíthetővé. Bayer professzor könyve szakkönyvként is olvasmányos ismereteket ad a drogról. Ennek a könyvnek minden családban ott kellene lennie.

A jelenségről beszélni kell. Természetesen nem mindegy, hogy jól vagy rosszul, szenzációhajhász módon vagy felelősséggel és mértéktartással tesszük-e ezt. Az „írók” felelőssége itt is nagy. A drog témakörében számtalan az esetek jó részében jószándékú írás jelent meg. De a szakmaiság hiánya, a zsurnalizmus sok esetben inkább az előítéletességet erősítette, semmint a tájékozódást javította volna.

A gyógyítás, a kezelés fogalmát a drogdependenciával kapcsolatban nem lehet csak szűken értelmezve a medicinális teendőkre korlátozni. A jelenséget, a társadalmat kell „gyógyítani, kezelni”. A drogellenes munka fontos lépései a *prevenció*, a *gyógyítás* és az *utógondozás*, a *rehabilitáció*.

Az előzőekből következik, hogy az eredményes munkához össze kell fogni, valódi csapatmunkát kell végezni. Nem minden esetben könnyű a szóbanforgó terület időnként látószólag ellenérdekelt, egymással kompetenciaharcban levő, egymással versengő, a kérdéssel más-más szempontból foglalkozó képviselőit összefogni.

Pedig ez a munka – mely önmagában sem kecsegtet sok sikerrel – az együttműködés hiánya miatt az elvárható hatékonysággal sem bír.

Ebben az írásban elsősorban a drogdependencia gyógyításának lehetőségeit és nehézségeit foglalom össze, sokkal inkább a mindennapi gyakorlat, semmint a „tudomány mai állásának” megfelelően.

A gyógyításnak többféle elvárásnak kell megfelelni. A szomatikus állapotváltozások korrigálására, az elsődleges és következményes pszichikai tünetek és állapotok kompenzálására, valamint a pszichoszociális helyzet „gyógyítására” is ki kell hogy terjedjen.

Gondoljunk arra, hogy a fiatal szenvedélybetegek rendszerint a hiányos táplálkozás miatt vagy visszamaradottak a testi fejlődésben, vagy jelentősen leromlott az állapotuk. Szociális helyzetük katasztrofális. Többnyire szétzilált családokból származnak, korán önállósulnak, inadekvát értékideáljaik összeomlanak, nem feidolgozható számukra a reális és az idealizált életforma és életminőség (film, video) közötti különbség. A csekély frusztrációs tolerancia, a hiányzó konfliktusmegoldó készség agresszivitáshoz, destruktív viselkedéshez, öngyilkossághoz vezet. Az érintettek magatartási zavarai mind a tanulásban, mind a munkában kiütköznek. Nincs drogmentes környezetük, csak itt tudnak „elszürkülni”. Tehát a terápiának is komplexnek kell lennie. Biztosítania kell:

1. a testi rehabilitációt:

– munkaképesség helyreállítása;

2. a pszichés rehabilitációt:

– tanulási illetve koncentrációs képesség helyreállítása;

– drogmentes, aktív szabadidő program;

– szociális kompetenciák tanulása;

– a családi kapcsolat helyreállítása;

– a betegség beismerése és az absztinenciára való hajlandóság stabilizálása.

3. a szociális rehabilitációt:

– iskolai végbizonyítvány megszerzése;

– a dolgozó emberek életébe való integráció;

– anyagi, jogi viszonyok tisztázása;

– drogmentes baráti kapcsolatok.

A testi rehabilitáció

Ahogy már korábban írtam a drogdependens betegek esetében gyakran szomatikus betegségek sokaságára kell gondolni. Az elhanyagoltság nem lehet akadálya az alapos anamnézis felvételnek és a szomatikus vizsgálatnak. Az érintetteknél gyakori az elősködők (rüh, tetű) előfordulása a tébécére, a gombás fertőzésekre, a HIV pozitivitásra és hepatitis lehetőségére mindig gondolni kell. Fehérje- és vitaminhiány, a keringési és légzési elégtelenség, tisztázatlan trauma (nem felfedezett törések) lehetősége miatt is pontos és alapos vizsgálatra szorulnak. A szomatikus állapot stabilizálása esetén következhet csak a detoxikáció.

A detoxikáló kezelés elvei:

A detoxikáló kezelés lényege, hogy a fizikailag függő egyéntől fokozatosan vonjuk meg az addig használt szerét.

Ezt kétféleképpen lehetséges. Egyrészt az addig használt szert csökkenő dózisban adjuk a betegnek, másrészt olyan szerrel helyettesítjük, mellyel a kliensnek kereszttoleranciája van, ezt követően a helyettesítő szert fokozatosan hagyjuk el. Ennek a beavatkozásnak egyik célja, hogy a beteget szermentessé tegyük, másrészt a megvonás okoz-

ta szenvedéseket adjuváns gyógyszereléssel enyhítjük, ami javíthat az interperszonális kapcsolaton, erősítheti az orvos-beteg viszonyt. A detoxikálás önmagában nem elvonó kezelés.

A detoxikáló kezeléssel – bármilyen hosszú is – nem ér véget a kezelés!

A pszichés rehabilitáció

A klauzúra mint a terápia része, fontos elem. A megközelítés másik lehetséges lépése, hogy a patológiás dependenciát jóindulatú dependenciára váltjuk. Ebben fontos szerepe lehet a vallásnak. Ezzel kapcsolatosan sok cikk jelent meg. Érdekes, hogy a vallás akadály is lehet. A missziós munkának jelentős része a hitoktatás, melyben fontos elem a családi életre való nevelés. A nagy hagyományú önsegítő aktivitásuk miatt megelőzés szempontjából jelentős az izraelita közösségek munkája.

A komplex programok valószínűleg csak terápiás közösség keretei között valósíthatók meg a *Maxwell Jones*-féle elvek figyelembevételével.

Magam a terápiás közösséget a szociálpszichiátriai hatások összegzett megjelenésének tartom, melynek kapcsán a környezeti hatás és az ember társadalmi meghatározottsága a gyógyítás, az orvosi gyakorlat részévé válik. Összetevői a nondirektivitás, a tolerancia, a közösségi szellem és a realitáselv.

A tolerancia fogalmának fejlődése és alakulása jól megfigyelhetők *Rogers*nél is („positive regard”, „unconditioned positive regard”).

A terápiás közösséget az intenzív csoportmunka jellemzi. A hagyományos terápiás közösség a narkósok, bűnelkövetők, szociálisan gyökértelenné vált személyek számára szolgál bentlakásos intézményül, ahol az életstílus teljes megváltoztatását tűzik ki célul. A terápiás közösség elvei szerint a drogabúzus deviáns viselkedés, mely a meggátolt személyiségfejlődés, a szociális, tanulási, gazdasági készségek hiányát tükrözi. Az abúzus személyiségfejlődési rendellenesség, a drogozás „csak” tünet. A terápiás közösség önsegítéssel alapuló változást indukál, mely tanulási folyamatnak tekinthető; ez egyfajta növekedés, érés. A terápiás közösség, a családtámogató rendszer vertikálisan szerveződött. A személyzet túlnyomórészt gyógyult betegekből tevődik össze. Érdekes megfigyelés, hogy a sikeres kimenetel szempontjából a legfontosabb tényező a közösségben tartózkodás hossza volt, és nem elsősorban az iskolázottság, a droghasználat paramétere, a kriminalitás stb.

Nincs érdembeni különbség az egyes csoport-pszichoterápiás irányzatok eredményessége között.

A pszichoterápia hívei és ellenzői egyaránt vizsgálták a csoportpszichoterápia hatótényezőit. Ezek:

1. *Tanács és információ adása.* Ez nem didaktikus megoldást jelent, hanem az intervenciók segítenek eligazodni. Csökkenti a szorongást. A tanácsadás folyamata az ami igazából hat, mert meleg, gondoskodó légkört eredményez.

2. *A remény keltése és fenntartása.* Azért fontos, hogy a páciens a terápiában maradjon.

3. *Egyetemesség.* A páciensek sokszor úgy gondolják, hogy csak az ő problémáik oly félelmetesek és megoldhatatlanok. Ez elszigetelődéssel, bűnösségérzéssel jár. A beszéd mint a csoport egyik legfontosabb jelensége, végetvet az elszigeteltségnek.

4. *Altruista cselekedetek.* A páciensek a terápia során segítenek egymásnak, amitől önértékelésük is javul.

5. *Az elsődleges családcsoport korrektív felidézése.* A kliensek családjukból ellentmondásos tapasztalatokkal érkeznek. Az elsődleges családi viszonyok felidézése – a korai élmények és problémák átdolgozása – az indulatátvitelben korrektívvá válik, mert az adaptációt nem szolgáló, a fejlődést akadályozó kapcsolatok nem lesznek megváltoztathatatlan struktúrák.

6. *A szociális tanulás.* A csoportokban – a csoportnormának megfelelően – nyílt kommunikáció és az egyre adekvátabb visszacsatolások sora rengeteg információt ad az adaptációt nem szolgáló szociális viselkedésről.

7. *Csoportkohézió.* Olyan mint az egyéni terápiában a kezelőorvos-páciens kapcsolat. A csoporttagok közötti kapcsolatot és a csoporthoz mint egészhez való viszonyt jelzi.

8. *Internalizáció.* A csoporttagok internalizálják a csoportot. A csoport referencia- körre alakul.

9. *Katarzis.* Az emlékek érzelmi kitörésekkel járnak, ezek ismétlődései az indulatátételben feldolgozódnak. A traumatikus élmény megfogalmazása csökkenti az affektív nyomást.

Mit értek szocioterápián? A szocioterápia a humán tevékenységek teljes skáláját felölelő, a társas kapcsolatok dinamikájába céltudatosan illeszkedő azon gyógyító és rehabilitatív módszerek összessége, melyek a kreatív önmegvalósítás és a szociális tanulás útján fejtik ki hatásukat.

Egészségügyi ellátásunkban, érzésem szerint még nem használtuk ki a lehetőségeket. A drogellátás sokkal inkább egy-egy elkötelezett „karizmatikus” szakember stábjára támaszkodik, mint az egész országra kiterjedő, hatékony hálózatra. Bizonyos szerveződések már működnek, de a valódi kooperatív integráció még nem alakult ki. A Tárcaközi Bizottság hatósági jogkör nélkül próbálja a drogdependencia pénzügyi fedezetét nemzetközi tenderekből biztosítani (szociológiailag centrális szerep). A Nemzeti Egészségvédelmi Intézet, az Addiktológiai Szakmai Kollégium és az Országos Alkohológiai Intézet csekély pénzügyi háttérrel szakmai tanácsadást, projectmenedzseléseket vállal. Még nem intézményesült, hanem jórészt esetleges az önkormányzatok, a belügyminisztérium, a rendőrség, a művelődési és oktatási kormányzat, az egyházak és az egészségügy egymással való kapcsolata a drogdependencia megelőzésében, gyógyításában és a szocializációban.

Az egészségügyi szerveződések egyik része ambuláns ellátásra szerveződött, más részük a hagyományos értelemben vett szenvedélybeteg ellátásra specializálódott kórházi osztályok.

Ambulanciák

Az egyik legismertebb budapesti ambulancia a Klapka utcai Drogambulancia (új címe: XIII. ker. Jász u.), melynek közel hat esztendő óta küzdelmeiről és eredményeiről számos híradás született. Az adatok szerint az előző évhez képest 77%-kal nőtt a betegforgalmuk. 445 kliensük közül 374 drogfogyasztó. Jelentős az opiáthasználók száma (Tabl.inj.Hydrocodin), máktea, ezek kombinációja glutethimiddel (Noxyron), codein-ephedrinrel (Coderit) nem kevesen vannak a hosszabb külföldi tartózkodás után hazatért páciensek is, akik heroinnal találkoztak és az itthoni piac állandó résztvevői. A szedatohipnotikumok használói a forgalom kb. 30%-át teszik ki. A benzodiazepinektől, trankvilansoktól, szedatívumoktól való iatrogénia miatti függőség kb. 10%-os(!). A kliensek egy negyede politoxikomán.

Nagyon fontos, hogy az elvonás során várható tünetek és tapasztalások ismertek legyenek a kliens számára. Jó együttműködés esetén a kezelés ambulánsan is megkísérelhető ott, ahol a korábbi rossz tapasztalatai miatt a beteg a kórházi kezeléstől mereven elzárkózik.

A kezelés egyik iránya, hogy a dózist stabilizálják és a lassú (kórházi) elvonáshoz megteremtik a feltételeket. A legsúlyosabb esetekben a fenntartó kezelés (Methadone) bevezetését kezdi meg. A farmakoterápiás repertoárjuk szinte a teljes pszichofarmakon palettát felöleli. A dinamikus pszichoterápiák mellett nagy figyelmet fordítanak a családra.

Kitűnik, hogy az ambulanciák a megelőzésben is tevékeny részt vállalnak: konzultálnak, oktatnak, segítenek a családtagok, tanárok, orvosok, családsegítők, valamint igazságügyi és rendőrségi dolgozók felkészítésében.

Fővárosi ellátási kötelezettségük ellenére azonban igazából nincs stabil osztályos hátterük, nincsenek átmeneti intézményeik. A betegelhelyezés többnyire személyes ismeretségeken alapul. Ám nehézségeik ellenére az ambulanciák elért eredményekről is be tudnak számolni.

Szegeden már 1974-ben felfigyeltek a „drogjárvány”-ra, és 1987-ben tudták elindítani a Drogambulanciát. A munka a szorványos betegellátás mellett itt is az ismeretterjesztésre és képzésre terjed ki elsősorban.

Az ambuláns jellegű tevékenységben az egyházak sem maradtak el. Az Ökumenikus Tanács 1983-ban indította el a Kallódó Fiatalok Misszióját, majd 1987-ben indult a katolikus misszió is. Mitől hatékonyak a vallásos közösségek? A vallásos eszmerendszer egyrészt a nyomasztó üresség- és kilátástalanságérzés oldására iránytűként használható, a transzcendensbe vetett hit stabil segítség a személyiségfejlődéshez. Másrészt az egyházak törekednek a részlegesen önálló munkavégzésre. Harmadrészt a sokszoros társadalmi kudarcok után bárki számára elérhető pozitív szereplehetőségeket biztosítanak (közösségi értékrend). Negyedrészt a vallásos megközelítés az introverziót, a világot elutasító attitűdöt a megértő meghallgatáson túl nem buzdítja. A narkós közösségekben a szer használatához és beszerzéséhez kötött „rituálék, szereplehetőségek” felcserélhetők a felekezetek közösségi rituáléira, az általuk biztosított szereplehetőségekre.

Kórházak

Ahány kórház, osztály, annyiféle terápiás lehetőséggel, koncepcióval próbálják ellátni a beteget amennyiben a szóban forgó intézmény nem része egy rendszernek, melyben az ellátáshoz szükséges valamennyi forma kellő mennyiségben és elérhető módon hozzáférhető.

A hat-nyolc hetes kezelési program feltétele egy privát magánklinikán a motiváltság, a jó szellemi képességek és verbális készség. A kliens és a személyzet aránya 2:1. Heti 30-40 egyéni pszichoterápiás óra mellett csoportfoglalkozások, sport és egyéb elfoglaltsági lehetőségekre van itt mód.

Itthoni kórházi programokról osztályos rendszerekről ritkán születnek közlemények. Baráti beszélgetések során, tanácskozásokon sokszor hangzanak el sikerekről, kudarcokról szóló őszinte beszámolók.

A szociális rehabilitáció

A társadalmak általában valamilyen elv szerint állnak hozzá a szociális feladataik ellátásához. Az országok egy részében a szociális feladatok kizárólag vagy túlnyomórészt állami feladatot jelentenek, máshol itt is érvényesülnek a piac, a piacgazdaság szempontjai. A harmadik forma, hogy az úgynevezett nonprofit szervezetek végzik a szociális ellátás nagyobbik részét.

- A teljességre törekvés igénye nélkül lássunk a szakmai programokból néhányat:
 - egyéni, családi, páros, családi és csoportos konzultáció;
 - speciális konzultációk nőknek, homoszexuálisoknak stb.;
 - nappali rekreációs programok táplálkozási, fizikai, szociális irányultsággal;
 - oktatási programok (alapszintű matematika, olvasás);
 - autóvezetői tanfolyamok elvonások alatt;
 - hajléktalanok önsegítő csoportja;
 - akut és krónikus betegek gyógyítása;
 - általános felnőttpszichiátriai szolgáltatások;
 - otthoni rehabilitáció;
 - bentlakásos rehabilitáció;
 - geriátriai program;
 - mobil gyógyszerprogram;
 - krízis ellátás.

Az igazi nehézséget a pszichológiai, pszichoterápiás megközelítés jelenti.

A hosszantartó függőség jelentős személyiségváltozásokat okoz, ami megnehezíti a pszichoterápiás gyógymódot. Nagyon sok tanulmány foglalkozik a drogprobléma pszichológiai vonatkozásaival (nárcisztikus sérülékenység, tárgykapcsolati, önértékelési zavarok). Egyes vizsgálatok a drogfogyasztás kezdeti szakaszában a stresszlelküzdő ké-

pesség alacsony fokát tartják felelősnek, mások konstitucionális eredetet tételeznek fel, megint mások az érzelémszabályozás zavarát tételezik fel. Vannak, akik a kondicionálást tekintik a függőség alapjának, míg megint mások analógiát keresnek és találnak az alkoholfogyasztás, a suicidium és a droghasználat között, míg az addikció hátterében a pszichopátiától a depresszióig nagyon sok és változatos pszichiátriai zavart találtak. A droghasználat mértéke szorosan kapcsolódik a kliens agressziókezeléséhez is, ezt mind a pszichológiai tesztek, mind a „kiváltott potenciálok” kísérletei is igazolták.

Nem szabad figyelmen kívül hagyni a drogszcéna jelenlétét sem. Ezen azt a miliót értjük, amelyben a drogos szubkultúra kialakult, fennmarad és terjed. Ide tartoznak az „újoncok”, a „magas státusúak”, a polidrogisták és kereskedők.

A terápiás tervek több irányúak lehetnek:

- a) jóindulatú dependenciával lehet helyettesíteni: vallás, andreutika;
- b) kezelni lehet a háttérben meghúzódó mentális rendellenességet;
- c) ellenőrizni lehet a droghasználatot;
- d) megfelelő személyiségérési szint esetén a pszichoterápiával elő lehet segíteni és el lehet érni pozitív személyiségváltozásokat.

És mi van a drogbeteg ellátása után?

Egy-egy hosszabb kezelés az emberi kapcsolatokban is segítséget ad. Újraszerveződik a kapcsolat a fiatal és a családja között. A reszocializáció már sokkal nehezebb. A középiskolák nagy létszáma nem alkalmas a rehabilitációra, kevés a személyesség. A társadalom is egyre jobban elutasítja a rászorulókat.

Utánvizsgálatokból tudjuk, hogy a

- 1. drogfüggők többsége férfi;
- 2. gyakoriak a társuló alkoholproblémák és öngyilkossági kísérletek.

Összefoglalás

A drogdependencia terápiás megfontolásaiban leginkább öt modellt szoktak elkülöníteni. A modellek természetesen inkább teoretikusan különíthetők el, s gyakrabban jelzik az ellátó attitűdjét, mint a valódi hatékonyságkülönbséget. Így beszélni kell egyfajta *morális* modellről, melynek terápiás megközelítéseit az önsegítő csoportok, az egyházak által nyújtott kompetitív értékek jelentik. A *tanulási* modellben a kognitív viselkedésterápiás megközelítés a domináló. Az *önmedikalizációs* modellbe a különböző analitikus iskolák pszichodinamikai és pszichoanalitikus megközelítései sorolhatók. A *szociális* modellről már szóltam. A *betegség* modellben öltenek testet a különböző pszichofarmakológiai irányzatok.

Fontos ismételten leszögezni, hogy a szerzők döntő többsége az eklektikus pszichoterápiás megközelítést hangsúlyozza, kiemelve, hogy a hatékonyságvizsgálatok nem mutattak ki lényeges különbségeket a pszichoterápiás eljárások között.

Felhívom a figyelmet, hogy minden drogdependenciában szenvedő számára a gyógykezelés megkezdésekor egyénileg több évre meghatározott terápiás tervet kell készíteni az esetenkénti pszichofarmakon-használat, a pszichoterápiás megközelítés és a szociális rehabilitáció szempontjából.

A siker elérésének itt is több szakasza van, ahol a modellek szinte együttesen jelennek meg, időszakos hangsúlyeltolódásokkal.

Az *absztinencia elérése* az első fázis. Kitűnik, hogy az absztinencia nem cél, hanem gyakorlatilag a kiindulás. Ekkor a teljeskörű szociális térképkészítés, a terápiás szerződés megkötése, a detoxikálás és a szomatikus panaszok gyors kezelése és megszüntetése történik. Pszichoterápiás szempontból a rövid, fokális krízisterápiák kerülnek előtérbe. Barbiturátok megvonása esetén (GABA-rebound) a szer fokozatos megvonása tanácsolható. Benzodiazepinek esetében lehetőleg benzodiazepin-receptorokra ható szert adjunk. Pszichostimulánsok használata esetén a bromocriptin adása ajánlott. Opioidoknál a korábban már leírt feltételek mellett Methadone adása a jó, de nem tökéletes

megoldás. A Naltrexon és a buprenorphin jobb eredményekkel kecsegtet. A hallucinogének esetén az alacsony addiktív potenciál miatt akut pszichofarmakológiai kezelést nem tartunk szükségesnek.

Az *absztinencia fenntartása* a következő több éves fázis. A szupportív-, viselkedés- és kognitívterápiák a meghatározók, ilyenkor gyógyszeres kiegészítésre pszichofarmakonok alkalmazására már nagyon ritkán van csak szükség (Methadone).

Az *absztinencia tartósítása* enged csak teret az analitikus terápiáknak, de itt is figyelni kell a terapeuta rugalmasságára, az óvatos interpretációkra és még nagyon jó, „régí” terápiás kapcsolatok esetén is a konfrontáció kerülésére. A szociális biztonság itt már meglévő követelmény.

Eredményes drogellenes munka tehát csak társadalmi szintű összefogással lehetséges.

A drogot nemcsak tiltani kell, hanem a tolerancia valódi gyakorlása mellett élni érdemes életet szükséges teremteni.